

Parte C: Información del Padre, Madre o Acudiente:

Le pedimos que complete esta sección para todos los padres, padrastos y / o acudientes con quienes el solicitante vive o que de otra manera cuiden al solicitante.

Padre, Madre o Acudiente 1: _____ Sr. Sra. Srta.

Nombre

Apellido

Relación con el estudiante: Madre Padre Acudiente Padrastro o Madrastra Otro: _____

Dirección de casa _____ Teléfono de casa _____

Teléfono celular: _____ Teléfono de trabajo: _____ Correo electrónico: _____

Ocupación: _____ Empleador _____ Ingreso Anual _____

Lugar de nacimiento: _____ Lengua Materna: _____ Vive con el estudiante? Si No

Por favor indique las escuelas y los niveles de educación completada por Padre, Madre o Acudiente 1.

Nivel de educación	Nombre de la escuela (Si fue fuera de EE. UU., anote el país.)	Estado: (marque una respuesta)
Enseñanza primaria (grados K - 8 o equivalente)		<input type="checkbox"/> Asistió <input type="checkbox"/> Completó
Escuela Secundaria (grados 9 - 12 o equivalente)		<input type="checkbox"/> Asistió <input type="checkbox"/> Se graduó <input type="checkbox"/> Actualmente está inscrito
Certificación Profesional (o equivalente)		<input type="checkbox"/> Asistió <input type="checkbox"/> Se graduó <input type="checkbox"/> Actualmente está inscrito
Carrera Universitaria de 4 años (o equivalente)		<input type="checkbox"/> Asistió <input type="checkbox"/> Se graduó <input type="checkbox"/> Actualmente está inscrito
Estudios universitarios de posgrado (o equivalente)		<input type="checkbox"/> Asistió <input type="checkbox"/> Se graduó <input type="checkbox"/> Actualmente está inscrito

Padre, Madre o Acudiente 2: _____ Sr. Sra. Srta.

Nombre

Apellido

Relación con el estudiante: Madre Padre Acudiente Padrastro o Madrastra Otro: _____

Dirección de casa _____ Teléfono de casa _____

Teléfono celular: _____ Teléfono de trabajo: _____ Correo electrónico: _____

Ocupación: _____ Empleador _____ Ingreso Anual _____

Lugar de nacimiento: _____ Lengua Materna: _____ Vive con el estudiante? Si No

Por favor indique las escuelas y los niveles de educación completada por Padre, Madre o Acudiente 2.

Nivel de educación	Nombre de la escuela (Si fue fuera de EE. UU., anote el país.)	Estado: (marque una respuesta)
Enseñanza primaria (grados K - 8 o equivalente)		<input type="checkbox"/> Asistió <input type="checkbox"/> Completó
Escuela Secundaria (grados 9 - 12 o equivalente)		<input type="checkbox"/> Asistió <input type="checkbox"/> Se graduó <input type="checkbox"/> Actualmente está inscrito
Certificación Profesional (o equivalente)		<input type="checkbox"/> Asistió <input type="checkbox"/> Se graduó <input type="checkbox"/> Actualmente está inscrito
Carrera Universitaria de 4 años (o equivalente)		<input type="checkbox"/> Asistió <input type="checkbox"/> Se graduó <input type="checkbox"/> Actualmente está inscrito
Estudios universitarios de posgrado (o equivalente)		<input type="checkbox"/> Asistió <input type="checkbox"/> Se graduó <input type="checkbox"/> Actualmente está inscrito

Para dar mas información sobre padres o acudientes adicionales, por favor consulte la pagina 4.

Complete la siguiente información para todos los **ADULTOS** del hogar en que el estudiante vive (si es necesario, adjunte otra página; **NO INCLUYA A LOS PADRES O ACUDIENTES DEL ESTUDIANTE QUE ESTAN MENCIONADOS EN PAGINA 2 Y 4**)

Nombre	Relación con el estudiante	Escuela o universidad más reciente a la que asistió

Complete la siguiente información para todos los **HERMANOS/HERMANAS Y / O NIÑOS DEL HOGAR** menores de 18 años quienes los padres o acudientes son financieramente responsables (si es necesario, adjunte otra página)

Nombre	Relación con el estudiante	Escuela o universidad más reciente a la que asistió	Marque aquí si vive con el estudiante
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>

Por favor marque la casilla que corresponda a su cobertura de salud y/o programas de ayuda:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> SNAP (Supplemental Nutrition Assistance Program) | <input type="checkbox"/> SSI (Supplemental Security Income) |
| <input type="checkbox"/> TAFDC (Transitional Aid to Families with Dependent Children) | <input type="checkbox"/> Mass Health/Medicaid |
| <input type="checkbox"/> DCF Foster Care Program | <input type="checkbox"/> Otro tipo de asistencia del estado o gobierno |

Parte IV: Confidencialidad:

Los padres ó los encargados reconocen que esta solicitud y toda la información recibida por The Steppingstone Foundation en relación con dicha solicitud son exactos según mi leal saber y entender, y saben que toda la información recibida es estrictamente confidencial y no será divulgada a ninguna otra persona no afiliada con The Steppingstone Foundation.

Firma de Padre o Acudiente: _____ Fecha: _____

Por favor complete y envíe este formulario a la siguiente dirección:

**The Steppingstone Academy
Admission Department
One Appleton Street, 4th Floor
Boston, MA 02116**

*The Steppingstone Academy es un programa de The Steppingstone Foundation®.
The Steppingstone Foundation se compromete a seguir una política de igualdad de trato para todas las personas.*

Información Adicional de Padre, Madre o Acudiente (si se necesita)

Padre, Madre o Acudiente 3: _____ Sr. Sra. Srta.

Nombre

Apellido

Relación con el estudiante: Madre Padre Acudiente Padrastro o Madrastra Otro: _____

Dirección de casa _____ Teléfono de casa _____

Teléfono celular: _____ Teléfono de trabajo: _____ Correo electrónico: _____

Ocupación: _____ Empleador _____ Ingreso Anual _____

Lugar de nacimiento: _____ Lengua Materna: _____ Vive con el estudiante? Si No

Por favor indique las escuelas y los niveles de educación completada por Padre, Madre o Acudiente 3.

Nivel de educación	Nombre de la escuela (Si fue fuera de EE. UU., anote el país.)	Estado: (marque una respuesta)
Enseñanza primaria (grados K - 8 o equivalente)		<input type="checkbox"/> Asistió <input type="checkbox"/> Completó
Escuela Secundaria (grados 9 - 12 o equivalente)		<input type="checkbox"/> Asistió <input type="checkbox"/> Se graduó <input type="checkbox"/> Actualmente está inscrito
Certificación Profesional (o equivalente)		<input type="checkbox"/> Asistió <input type="checkbox"/> Se graduó <input type="checkbox"/> Actualmente está inscrito
Carrera Universitaria de 4 años (o equivalente)		<input type="checkbox"/> Asistió <input type="checkbox"/> Se graduó <input type="checkbox"/> Actualmente está inscrito
Estudios universitarios de posgrado (o equivalente)		<input type="checkbox"/> Asistió <input type="checkbox"/> Se graduó <input type="checkbox"/> Actualmente está inscrito

Padre, Madre o Acudiente 4: _____ Sr. Sra. Srta.

Nombre

Apellido

Relación con el estudiante: Madre Padre Acudiente Padrastro o Madrastra Otro: _____

Dirección de casa _____ Teléfono de casa _____

Teléfono celular: _____ Teléfono de trabajo: _____ Correo electrónico: _____

Ocupación: _____ Empleador _____ Ingreso Anual _____

Lugar de nacimiento: _____ Lengua Materna: _____ Vive con el estudiante? Si No

Por favor indique las escuelas y los niveles de educación completada por Padre, Madre o Acudiente 4.

Nivel de educación	Nombre de la escuela (Si fue fuera de EE. UU., anote el país.)	Estado: (marque una respuesta)
Enseñanza primaria (grados K - 8 o equivalente)		<input type="checkbox"/> Asistió <input type="checkbox"/> Completó
Escuela Secundaria (grados 9 - 12 o equivalente)		<input type="checkbox"/> Asistió <input type="checkbox"/> Se graduó <input type="checkbox"/> Actualmente está inscrito
Certificación Profesional (o equivalente)		<input type="checkbox"/> Asistió <input type="checkbox"/> Se graduó <input type="checkbox"/> Actualmente está inscrito
Carrera Universitaria de 4 años (o equivalente)		<input type="checkbox"/> Asistió <input type="checkbox"/> Se graduó <input type="checkbox"/> Actualmente está inscrito
Estudios universitarios de posgrado (o equivalente)		<input type="checkbox"/> Asistió <input type="checkbox"/> Se graduó <input type="checkbox"/> Actualmente está inscrito